FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967 — THÈSE N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Chantal FAUCHER-RECOURAT

Née le 14 Janvier 1936 à LYON

Présentée et soutenue publiquement le 20 Décembre 1966

FONCTIONNEMENT DU SERVICE OBSTETRICAL DE LA MATERNITÉ DE L'HOTEL-DIEU EN 1965

Président : Monsieur M. LACOMME (Professeur)

D. P. TAIB
8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI°
1967

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1967 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Chantal FAUCHER-RECOURAT

née le 14 Janvier 1936 à LYON

-:-

Présentée et soutenue publiquement

le 20 Décembre 1966

-:-

FONCTIONNEMENT DU SERVICE OBSTETRICAL DE LA MATERNITE DE L'HOTEL-DIEU en 1965

-:-

Président : Monsieur M. LACOMME (Professeur)

-:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1967

Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

https://archive.org/details/IA41546008_0129

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BINET (L), BULLIARD (H), CATHALA (J), CHABROL (E), CHAILLEY-BERT (P), DEBRE (R), FEY (B), GALLIARD(H), GAUDART d'ALLAINES (F. de), GENNES (L.de), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LAROCHE (G), LAVIER (G), LELONG (M), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MARCHAL (G), MATHIEU (P), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), PASTEUR VALLERY-RADOT (P), PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RENARD (G), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON(L), VERNE (J).

DOYEN ..... M. BROUET (G)

1er assesseur ..... M. BARGETON (D)
2ème assesseur ..... M. GOSSET (J)

I - PROFESSEURS

I°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	VOURC'H (G)
Biochimie médicale	**JAYLE (M.F.)**
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Biophysique médicale	BUGNARD (L) DOGNON (A) DJOURNO (A)
Cancérologie médicale et sociale	N...
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G)
Embryologie	TUCHMANN (H)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	GIROUD (A)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	DEROBERT (L)

Microbiologie (bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G) KUSS (R)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN(F.P)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.) BRICAIRE (H)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thér. générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J) LEVY (Mlle J)
Physiologie	BARGETON (D) PARROT (J)
Physiologie et path.obstétricales	LEPAGE (F)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Tech. chir. et Chirurgie exp.	CAUCHOIX (J)
Thérapeutique	CONTE (M)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M)

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	NEZELOFF(Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P)
Biochimie médicale	DESGREZ (P) DREYFUS (J.Cl) POLONOVSKI(J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Histologie	COUJARD (R)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J)
Physiologie	DEJOURS (P) SCHERRER (J)
Physique médicale	KELLERSHOHN(L) GOUGEROT (L)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

		MM
Clinique carcinologique chirurgicale		REDON (H)
Clinique cardiologique	Broussais	SOULIE (P)
	Boucicaut	LENEGRE (J)

MM

liniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB(J.L.)
	Cochin	LEGER (L)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J)
	Pitié	N...
	Saint-Antoine	GOSSET (J)
	Salpêtrière	SICARD (A)
	Tenon	OLIVIER (Cl)
linique de chirurgie infantile et orthopédique		FEVRE (M)
linique chirurgicale orthopédique et traumatologique		MERLE d'AUBIGNE(R)
linique de chirurgie cardio-vasculaire		DUBOST (Ch.)
linique de chirurgie pleuro-pulmonaire		MATHEY (J)
linique dermatologique		DUPERRAT (F)
linique endocrinologique		DECOURT (J)
linique de génétique médicale		LAMY (M)
linique gynécologique		HUGUIER (J)
linique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS (R)
linique des maladies des enfants		TURPIN (R)
linique des maladies infectieuses		MOLLARET (P)
linique des maladies mentales et de l'encéphale		DELAY (J)
linique des maladies métaboliques		HAMBURGER (J)
linique des maladies du sang		BERNARD (J)
linique des maladies du système nerveux		CASTAIGNE (P)
liniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M)
	Broussais	MILLIEZ (P)
	Cochin	BROUET (G)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
	Lariboisière	SEZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G)

MM

Clinique d'hydrologie et de climatologie ..... DEBRAY (Ch)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale ..... MARIE (J)
Clinique médicale propédeutique ..... JUSTIN-BESANÇON(L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition ..... DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie ..... DAVID (M)
Clinique neurologique ..... GARCIN (R)

Cliniques obstétricales { Baudelocque ..... LACOMME (M)
Saint-Antoine ..... MERGER (R)

Clinique obstétricale et gynécologique ..... VARANGOT (J)

Clinique ophtalmologique { Hôtel-Dieu ..... OFFRET (G)
Cochin ..... N...
Clinique oto-rhino-laryngologique ..... AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puériculture ..... THIEFFRY (S)
Clinique de pneumo-phtisiologie ..... BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile ..... MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale ..... COSTE (F)
Clinique stomatologique ..... DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale ..... ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale ..... LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique ..... GAULTIER (M)

Clinique urologique ..... { ABOULKER (P)
COUVELAIRE (R)

Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique ..... PADOVANI (P)
Hygiène et clinique de la première enfance ..... LAPLANE (R)

Séméiologie médicale { A. Chantin ..... DOMART (A)
Pitié ..... RAMBERT (P)
Rothschild ..... WOLFROMM (R)
Séméiologie et clin. chirurg. ..... POILLEUX (F)

MM.

Séméiologie traumatique et orthopédique ..... JUDET (R)

b) Professeurs à titre personnel

Hématologie ..... ANDRE (R), BOUSSER (J)

Hydrologie et climatologie ..... GIBERTON (A)

Maladies infectieuses ..... BASTIN (R)

Médecine ..... AZERAD (E), BOUR (H), GROSSIORD (A), LAMBLING (A), PEQUIGNOT (H), PERRAULT (M), SIGUIER (F), WORMS (R)

Neurologie ..... LHERMITTE (F)

Neuro-psychiatrie ..... PICHOT (P)

Oto-rhino-laryngologie ..... MADURO (R)

Pneumo-phtisiologie ..... KREIS (B), MEYER (A)

Rhumatologie ..... DELBARRE (F)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

Anatomie ..... CABROL (C)

Anatomie pathologique ..... GOUYGOU (Ch)

Bactériologie ..... CHRISTOL (D)

Biochimie médicale ..... CARTIER (P), GONNARD (P)

Biologie médicale ..... HARTMANN (L)

Physique médicale ..... GREMY (F), ROUCAYROL (J.C.)

III - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

MM.

Bactériologie ..... HAUDUROY (P)
Pr.s.ch.

Pathologie chirurgicale ..... RUDLER (J)
Pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté ..... M. LENA (J)

Conseillers administratifs ..... Mlle CHAINTREUIL (G)
M FAYE (R)

Conservateur en chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine ..... M le Docteur HAHN (A)

Conservateurs ..... Mlles DUMAITRE (P)
LE NOIR (G)
QUIEVREUX (E)

Bibliothécaires ..... Mmes CONTET (J), FORGET (F)
Mlles DUROZOY (M.F.), LAURENT(H)
Dr SCHILLER (J)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

-:-

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur M. LACOMME

Professeur à la Faculté de Medecine
de Paris,
Membre de l'Académie Nationale de
Médecine,
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence
de cette thèse,

En témoignage de notre
respectueuse reconnaissance.

FONCTIONNEMENT DU SERVICE OBSTETRICAL

DE LA MATERNITE DE L'HOTEL-DIEU EN 1965

-:-

INTRODUCTION

-:-

A la demande de notre Maître Monsieur le Professeur agrégé René MUSSET, nous avons tenté d'enregistrer l'activité du Service de la Maternité de l'Hôtel-Dieu au cours de l'année 1965.

Quelques facteurs ont certainement pu modifier les données et pourcentages statistiques, en effet, en raison de travaux, la Maternité a été fermée les mois de juillet, août et la première quinzaine de septembre, d'où le chiffre assez bas des naissances.

Nous diviserons ce travail statistique en deux parties :

1° - Les consultations pré et post-natales,
Les consultations de nourrissons

2° - Le service d'accouchement

Il y a eu :

5.093 consultations prénatales ;
500 consultations post-natales ;
1.701 consultations de nourrissons.

°°°

FONCTIONNEMENT DES CONSULTATIONS PRE-NATALES

Trois visites sont systématiques mais nous aimons suivre les malades régulièrement chaque mois.

Les examens obligatoires sont pratiqués (B.W. - scopie - identification du groupe sanguin et du Rhésus avec recherche d'agglutinines irrégulières en cas de Rh-, recherche de l'albumine et prise de la tension artérielle). Depuis trois ans déjà, nous pratiquons en plus de ces examens la recherche systématique de la listériose et de la toxoplasmose.

Chez la multipare, un frottis de dépistage est souvent pratiqué, toute anomalie cytologique est suivie d'une colposcopie et naturellement d'une biopsie.

Nous avons observé en 1965, un cas d'épithélioma du col (Madame JAR...) qui malheureusement n'a pu être suivie dans notre Service malgré de multiples convocations ; nous avons appris qu'elle avait accouché à domicile. Il existe une consultation de syphiligraphie où les malades ayant des sérologies positives sont traitées.

Nous dirigeons vers un autre Service les femmes enceintes atteintes de tuberculose pulmonaire car nous ne pouvons les isoler dans le Service par manque de locaux disponibles.

84 parturientes ont été préparées à l'accouchement sans douleur.

SERVICE D'ACCOUCHEMENT

-:-

CHAPITRE 1 -

Avortements : 14 observations
Age de la grossesse de 4 à 6 mois : 14 ans

Dans 10 cas, aucune cause n'a été déterminée avec certitude.

N° 519bis - 533bis - 604bis - 649bis - - 895bis - 400bis - 189bis - 229bis - 232bis.

Dans les autres cas, on a noté (4 cas).

n°16 bis : cerclage à 2 mois ½ pour béance de l'isthme.
avortement à 5 mois - révision utérine.

n°348bis : avortement à 5 mois ½ à l'admission 38°7 et albuminurie.

n°369 bis: gémellaire à 5 mois ½ bi choride
n°369 ter: bi amniotique

Rétrécissement mitral non toléré : femme décédée.

6 jours après l'accouchement :

n°406 bis : Avortement à 5 mois ½ chez une malade porteuse d'une malformation utérine opérée (plastie + ovariectomie gauche) cerclage à 2 mois ½ - DA ½ RU.

Résultats = 1 mortalité maternelle.

CHAPITRE 2 -

Rétention d'oeufs morts : 16 observations

N° 101 bis - 378 bis - 402 bis - 403 bis - 431 bis - 519 ter - 547 bis - 583 bis - 632 bis - 643 bis - 655 bis - 655 ter - 716 bis - 749 bis.

Dans 2 cas :

n°336 bis : à 5 mois 1/1 naissance d'un mort macéré chez une femme présentant une stérilité et qui avait été cerclée. Révision utérine.

n°906 bis : à 6 mois accouchement d'un mort macéré de 4 mois chez une femme présentant une affection urinaire à protéus, une hépatite, une toxémie gravidique et une syphilis. Révision utérine.

Césariennes : 55.

Accouchements par les voies naturelles (gémellaires compris) 855.

Chiffre total des naissances enfants vivants : 910.

CHAPITRE 3 -

Accouchements

Les présentations en général (y compris la présentation des jumeaux).

- Sommet
- Face : 2
- Front
- Epaule
- Siège complet : 18
- Siège décomplété : 24.

1 - Présentation du sommet : 855 observations
2 - Présentation de la face : 2 observations
n°310 = multipare, accouchement normal
n°437 = primipare, césarienne.

3 - Présentation du front :
aucune observation

4 - Présentation transverse : 5 observations
n°44 - 314 - 410 - 735 - 220.

n°7 césarienne chez une deuxième pare de 24 ans au terme de 7 mois ½. Procidence du cordon + Procidence d'une main : enfant vivant.

n°44, césarienne chez une deuxième pare de 28 ans - à terme - transverse + myomes multiples - hystérectomie 48 heures après la première intervention. Enfant vivant.

n°220 : césarienne chez une primipare de 17 ans à terme de 7 mois. Enfant de 1.800 g vivant.

n°314 : césarienne chez une deuxième pare de 34 ans. Césarienne systématique avant tout début de travail. Myomes preavia. Hystérectomie. Enfant vivant.

n°410 : césarienne chez une cinquième pare de 36 ans ; 8 mois ½. Rupture de la poche des eaux sauf une transverse. Enfant vivant.

n°735 : césarienne chez une troisième pare de 36 ans. Echec d'une version par manoeuvres externes (collapsus maternel + souffrance foetale). Enfant vivant.

RESULTATS :
6 présentations transverses : 6 césariennes
6 enfants vivants
Mortalité maternelle = 0

5 - Présentation de siège :
42 observations :
18 sièges complets
24 sièges incomplets

Dans 31 cas, la cause ne peut être établie.
On a observé trois accouchements prématurés.

Observation n°105

Primipare de 31 ans. Accouchement prématuré 6 mois 1/4, enfant mort-né de 900 g, siège décomplété, antécédent d'hypertension artérielle.

Observation n°659

Primipare de 17 ans. Accouchement prématuré 6 mois. Siège complet. Enfant vivant de 1.090 g décédé 48 heures après l'accouchement.

Observation n°835-36

Dans 5 cas, 4 fois une malformation utérine a été retrouvée : observations n°412, 493, 505, 547.

Dans 1 cas, il existait un myome sous séreux de la taille d'une mandarine en nécrobiose (obs. n°75), il s'agissait d'une primipare de 38 ans, enfant vivant de 3.600 g extrait par césarienne.

Dans 4 observations, nous notons comme cause de la présentation du siège : la gémellité.

Observations n°333, 206, 294, 835.

LES INTERVENTIONS

7 fois une césarienne a été pratiquée.

Obs. 74 -
primipare de 28 ans : pour modification des bruits du coeur. Enfant vivant de 4.110 g.

Obs. 75 -
primipare de 38 ans : pour association siège et fibrome. Enfant vivant de 3.600 g.

Obs. 864 -
primipare de 19 ans : pour gros enfant de 3.710 g. Enfant vivant.

Obs. 412 -
primipare de 21 ans : pour malformation utérine connue, une cloison vaginale avait été réséquée à 7 mois de la grossesse. Enfant vivant de 3.010 g

Obs. 547 -
primipare de 21 ans : pour dilatation stationnaire ; il existe une malformation utérine. Enfant vivant de 3.030 g.

Obs. 325 -
deuxième pare de 37 ans : pour procidence du cordon et insertion basse. Enfant vivant de 3.070 g.

Obs. 493 -
deuxième pare de 26 ans : pour siège incliné. Suspicion de malformation et antécédents de premier enfant décédé : enfant vivant de 4.460 g.

Dans 2 cas, une grande extraction a été pratiquée :

Obs. 87 -
primipare de 33 ans, 8 mois 3/4. Grande extraction + forceps sur tête dernière, enfant vivant de 3.140 g (épisiotomie + perfusion).

Obs. 334 -
troisième pare de 38 ans. 2e jumeau en siège. Version + grande extraction, enfant vivant de 1.620 g.

Dans 2 cas, une petite extraction a été pratiquée :

Obs. 237 -
primipare - à 8 mois siège complet. Enfant vivant de 3.400 g (épisiotomie).

Obs. 837 -
petite extraction sur 2e jumeau. Enfant vivant de 1.850 g.

Dans un cas, un Mauriceau.

Obs. 505 -
deuxième pare de 21 ans : siège complet présentant une malformation utérine. Enfant vivant de 3.460 g.

Deux forceps sur tête dernière.

Obs. 250 -
primipare de 20 ans à 8 mois 1/3. Siège décomplété. Enfant vivant de 3.200 g.

Obs. 835 -
Forceps sur tête dernière pour le 1er jumeau. Enfant vivant de 1.700 g.

AU TOTAL :

14 interventions pour 42 présentations du siège :
6 morts-nés
37 enfants vivants
Mortalité maternelle = 0

6. Accouchement gémellaire : 8

1) Grossesses unichoriales : 3 observations : n°99.100, 761.762, 835.836.

Mortalité foetale.
Mortalité maternelle.

2) Grossesses bichoriales : 5 observations : n°159, 333.334, 394.395, 599.600, 206.207.

I. Grossesses unichoriales - 3 observations
Parmi lesquelles : 3 accouchements prématurés : 6 mois, 6 mois ½, 7 mois.

Mortalité infantile : 3 sur 6.
1 pendant la grossesse (momifié)
2, 24 heures après la naissance.

Mortalité maternelle = 0

II. Grossesses bichoriales : 5 observations.
Parmi lesquelles on note : 2 accouchements prématurés : 8 mois.

Mortalité infantile = 0
Mortalité maternelle = 0

AU TOTAL pour l'ensemble des gestations uni ou bichoriales des prématurés donnent :

1er jumeau	1 siège décomplété 7 sommets
2e jumeau	3 sommets 1 momifié 3 sièges complets 1 siège décomplété

Aucune procidence n'est à signaler.

L'accouchement a été spontané dans 12 cas. Il y a eu :

1 version grande extraction
1 petite extraction
1 forceps sur tête dernière

7 - Accouchements prématurés : 54 cas

1) Terme et parité

24 fois il s'agissait de primipares
10 fois il s'agissait de secondipares
20 fois il s'agissait de multipares.

Le terme le plus fréquemment retrouvé est entre 7 mois et 7 mois 3/4. En effet, dans 36 de nos observations, il est retrouvé :

9 fois l'accouchement prématuré s'est produit à 5 mois, 5 mois ½.

9 fois l'accouchement prématuré s'est produit à 6 mois, 6 mois ½.

2) Présentation :

10 fois la présentation du siège
44 fois la présentation céphalique.

3) Les causes ou anomalies associées

7 fois la gemellité peut être évoquée
2 fois des malformations utérines
2 fois des affections cardiaques mal tolérées
6 fois l'insertion basse du placenta
6 fois le rythme prématuré des membranes
1 fois le diabète
4 fois des antécédents rénaux :
- hypertension récidivente
- phlébonéphrite
- albuminurie importante
- néphrite hématurique

1 fois antécédents d'utérus cicatriciel
2 fois des excès de liquide.

Dans 23 observations, aucune cause n'a pu être retrouvée à l'origine de l'accouchement prématuré.

4) Les interventions

Il y a eu 2 grandes extractions
1 petite extraction
2 forceps sur tête dernière.
7 révisions utérines
2 délivrances artificielles.

8 - Dégagement en occipito sacrée : 12

- 5 chez une primipare
- 3 chez une deuxième pare
- 4 chez une multipare

soit 12 enfants vivants.

-:-

COMPLICATIONS DE LA GESTATION

-:-

I - UTERUS & VESSIE.

A. Malformations utérines

9 observations : n°108, 412, 533, 547, 734, 493, 505, 515, 680.

n°108 : primipare de 27 ans présent une extrophie vésicale complète. Accouchement à 8 mois par forceps avec épisiotomie ; enfant vivant de 2.450 g.

n°412 : primipare de 21 ans, présentant une malformation utérine découverte au cours de la grossesse ; il s'agit d'un utérus cloisonné total : une résection de la cloison vaginale est pratiquée au 7e mois. Césarienne à terme. Présentation du siège, enfant vivant de 3.010 g présentant des pieds bots. Urographie intra-veineuse normale.

n°505 : secondipare de 21 ans. Accouchement à terme. Siège complet, enfant vivant de 3.460 g. Malformation utérine confirmée par la révision utérine qui montre deux cornes utérines importantes systématiques séparées par un éperon médian. U.I.V. normale.

n°515 : troisième pare, cinquième geste de 33 ans, présentant un utérus bicorne unicervical connue. Coelioscopie, hystérogra-

phie, urographie pratiquées. Accouchement spontané à 8 mois, enfant vivante de 1.940 g. Révision utérine.

n°533 : primipare, deuxième geste de 23 ans, présentant un utérus bicorne unicervical connu. Coelio + hystérographie + U.I.V. pratiquées. Accouchement au terme de 8 mois 2/3, enfant de 2.960 g présentant une hypospadias. DA pour non décollement du placenta.

n°547 : primipare de 21 ans, présentant un siège complet, une rupture des membranes de plus de 24 heures, une dilatation stationnaire d'où une césarienne qui montre une malformation utérine à type de cloison corporéale, enfant vivant de 3.630 g. Une U.I.V en S D C montre une bifidité bilatérale urétérale. L'hystérographie n'a pu être pratiquée.

n°734 : primipare, quatrième geste de 30 ans, ayant subi une plastie utérine type Bret-Palmer sur un utérus cloisonné unicervical. Accouchement à terme d'un enfant mort-né et macéré. Mortalité connue au 7e mois. Electro-cardio-foetale. Accouchement spontané. Révision utérine systématique. Cause de la mortalité foetale : Rickettsiose + (enfant de 2.500 g).

n°493 : deuxième pare de 26 ans, présentant un siège incliné avec une asymétrie utérine importante faisant supposer une malformation utérine.
Césarienne : on note un éperon médian très accentué. Enfant vivant de 3.460 g. Urogramme normal.

n°680 : primipare de 22 ans, présentant une

extrophie vésicale opérée à maintes reprises.
Au terme de 7 mois entre en travail avec le diagnostic d'une présentation transverse, d'une malformation utérine. Césarienne - enfant vivant de 1.300 g.

B. Fibromes de l'utérus gravide : 5 cas

n° 75, 44, 314, 546, 68.

Dans trois cas, il s'agissait de myomes sous séreux de taille peu importante qui ont été extirpés au cours de césariennes.

Dans l'observation 44, il s'agissait d'un myome preavia.

Dans l'observation 68, il s'agissait d'une secondipare ayant subi une myomectomie avec hystérectomie qui a accouché par les voies naturelles, une révision utérine a permis de constater l'intégrité de la cicatrice.

C. Synéchies utérines

Deux observations :

n°15 : Il s'agissait d'une primipare de 29 ans, qui présentait une synéchie opérée par voie basse : dilatation, tenotome, ballon, grossesse cerclée au 3e mois. Césarienne à terme pour dilatation stationnaire, bassin rétréci, échec de l'épreuve du travail, enfant vivant de 2.500 g.

n°77 : troisième pare de 37 ans, synéchie corporelle traitée de la même façon que la précédente. Accouchement spontané à terme d'un enfant vivant de 3.960 g.

II - OVAIRES

Aucune observation d'association kyste de l'ovaire et grossesse.

III - OEUF

A. Hydramnios

1 cas d'hydramnios aigu a été observé.

n°479 : troisième pare de 25 ans qui a été déclenchée à 7 mois 3/4 pour hydramnios aigu avec anencéphalie diagnostiquée. Enfant mort de 1.450 g.

4 excès de liquide 11,5 et plus.

n°139 : primipare de 19 ans à 8 mois accouchement d'un anencéphale de 2.430 g; vivant, décédé dans les heures qui ont suivi.

n°256 : deuxième pare de 21 ans. Accouchement normal à terme d'un enfant normal.

n°445 : quatrième pare de 27 ans. Accouchement normal à terme d'un enfant normal. Pyélo-néphrite en début de grossesse.

n°814 : cinquième pare de 28 ans. Accouchement à 8 mois d'un enfant normal de 3.730 g.

RESULTATS : 4 observations

3 enfants normaux et vivants.
1 enfant anormal et décédé.

B. Môle

Aucune observation en 1965.

C. Insertion du placenta sur le segment inférieur

3 cas : n°121, 325, 821.

n°121 : deuxième pare de 37 ans. Accouchement spontané au terme de 8 mois. Pas d'hémorragie. Enfant vivant de 2.250 g. Petit côté des membranes = 1 cm.

n°325 : deuxième pare de 37 ans. Siège complet avec procidence du cordon et placenta praevia. Césarienne : enfant vivant. Pas d'hémorragie importante.

n°821 : deuxième pare de 28 ans présentant une hémorragie très importante pour placenta praevia central. Césarienne. Enfant vivant de 2.950 g, décédé 6 jours après l'intervention.

RESULTATS : Mortalité infantile = 1
Mortalité maternelle = 0

3 observations = 2 enfants vivants.

IV - ETATS PATHOLOGIQUES GRAVIDIQUES

A. Vomissements :

Nous n'avons pas observé de cas.

B. Albuminurie

n° 4.211, 394, 465, 65, 541, 686, 884.

n°4 : quatrième pare. Accouchement à terme d'un enfant mort-né et macéré. Albuminurie.

n°65: primipare de 22 ans, ayant présenté une glomérulo-néphrite post angineuse. Accouchement à terme d'un enfant vivant de 3.700 g. Réaction de toxoplasmose + au cours de la grossesse.

n°24 : huitième pare de 36 ans. Accouchement à terme d'un enfant de 3.650 g vivant. Albu-

minurie + obésité.

n°394 : quatrième pare de 30 ans. Gémellaire. Antécédents de néphrite. Albuminurie.

n°465 : deuxième pare de 28 ans présentant une hypertension artérielle à 22/14. Une albuminurie très importante. Césarienne à 8 mois 1/2. Enfant vivant.

n°541 : primipare de 19 ans. Albuminurie + hypertension artérielle. Forceps à terme enfant vivant de 3.730 g.

n°686 : primipare de 20 ans. Albuminurie isolée. Accouchement spontané à terme d'un enfant de 3.480 g.

n°884 : primipare de 26 ans, diabétique, hypertendue, albuminurique. Césarienne à la 36e semaine. Enfant vivant.

C. Eclampsie

Une observation de pré-éclampsie, n°538.

D. Hématome rétro-placentaire

Trois observations

n°120 : quatrième pare de 20 ans à 8 mois 2/3 présentant à son arrivée dans le service des traces d'albumine, et une disparition complète des bruits du coeur. Accouchement spontané à 8 mois 3/4 en présentation céphalique avec procidence d'un bras d'un enfant mort-né et macéré de 2.230 g. Placenta de 560 g avec une énorme cupule. L'examen de celui-ci a montré des villosités de taille normale sans fibrose, par contre, autour des gros vaisseaux une importante fibrose est signalée avec altération de

l'endothélium vasculaire et par endroit une thrombose ; le bilan rénal pratiqué dans les suites de couches est normal. Deux transfusions ont été pratiquées en raison d'une anémie de 2.640.000 globules rouges.

n°653 : cinquième pare de 35 ans, à terme, qui a présenté une hémorragie brutale accompagnée d'une violente douleur. Accouchement d'un enfant mort de 3.560 g. Inertie utérine importante suivie de fibrinolyse.

n°666 : primipare de 22 ans à antécédents de pyélo-néphrite à 7 mois ½, contracture utérine intense avec disparition des bruits du coeur, tension artérielle à 16, albumine +++. Elle est entrée en travail et a accouché spontanément d'un foetus araignée, mort-né, non macéré, pesant 1.600 g, délivrance immédiate : cupule placentaire occupant le 1/3 du placenta. A l'examen histologique villosités petites et fibrosés, nombreuses calcifications, caillots cruoriques à la surface. Bilan rénal pratiqué dans le service du Professeur NEROT.

RESULTATS : 3 H A P = 3 enfants morts.
Mortalité maternelle = 0

V - LES ETATS PATHOLOGIQUES GENERAUX

A. Syphilis et grossesse

19 cas ont été observés.

Observations n°248, 688, 807, 41, 236, 365, 604, 45, 58, 114, 208, 260, 287, 383, 443, 569, 581, 587, 612, 803.

RESULTATS : Aucun enfant mort-né.

B. Tuberculose

Trois observations

n°405 : primipare de 34 ans, antécédents de tuberculose pulmonaire en 1949, de pleurésie gauche avec séquelles de pachy-pleurite en 1957, décortication gauche en 1959, cure de communication inter-auriculaire en 1962, Forceps à la partie basse. Enfant de 2.978 g, en bon état. Mère et enfant vont bien.

n°561 : primipare de 39 ans, antécédents de tuberculose pulmonaire avec pneumothorax. Forceps : enfant de 4.020 g.

n°847 : cinquième pare de 34 ans présentant une tuberculose pulmonaire à 8 mois. Siège, enfant de 2.500 g. décédé 12 jours après la naissance.

C. Pleurésie

Observation 405 : accouchement normal, enfant vivant.

D. Cardiopathies

7 observations de cardiopathies.

n°86 : un R.M. non opéré. Accouchement spontané à 8 mois 3/4. Enfant de 2.960.

n°848 : deuxième pare de 23 ans. Antécédents de rhumatisme articulaire aigu et d'endocardite à 15 ans. R.M. depuis. Accouchement spontané à 8 mois 2/3, enfant de 3.250 g.

n°300 : sténose mitrale opérée en 1961 chez une troisième pare. Accouchement spontané, enfant de 3.610 g.

n°405 : cure de communication inter-auriculaire en 1962 (plaque de Teflon). Forceps.

Enfant bon état.

n°333 : Commissurotomie quelques mois avant l'accouchement pour E.M. Gémellaire univitelline. Accouchement spontané. 1er jumeau en sommet, le 2e jumeau en siège = version + grande extraction.

n°767 : rhumatisme articulaire aigu au 2e accouchement traité. Accouchement à terme de 3.120 g.

n°369 b : Gémellaire à 5 mois 1/2, bichoride bi-amniotique présentant un rétrécissement mitral non toléré. La femme est morte 6 jours après l'accouchement, l'accident cardiaque fut confirmé à l'autopsie : asystolie irréductible.

RESULTATS :

6 enfants vivants
2 enfants décédés
1 mortalité maternelle.

E. Affections rénales

a) Pyélonéphrites

Observation n°666 : chez une primipare : hématome rétro-placentaire avec un foetus araignée mort-né non macéré.

b) Néphrites chroniques

Observation n°132 : deuxième pare de 23 ans, bilan rénal normal. Accouchement à terme d'un enfant de 3.500 g.

n°267 : troisième pare, césarienne pour antécédents de néphrites et hématome rétro-placentaire. Enfant vivant de 2.600 g.

n°640 : primipare. Accouchement près du terme d'un enfant vivant de 2.600 g.

n°911 : troisième pare de 40 ans. Césarienne. Enfant vivant de 3.100 g.

n°794 : deuxième pare, néphrite hématurique. Accouchement spontané d'un enfant vivant.

n°890 : neuvième pare. Néphrite hématurique à 6 mois ½, expulsion d'uneenfant de 1.600 g décédé dans les heures qui suivirent.

RESULTATS :

6 observations :
5 enfants vivants
1 enfant décédé.

Nous avons pratiqué deux césariennes avec stérilisation tubaire, l'une pour syndrome néphrotique avec insuffisance rénale, l'autre pour néphrose lipoïdique avec syndrome hypertensif. Les deux enfants sont vivants.

c) Les hypertensions artérielles isolées

5 observations : tension artérielle comprise entre 14 et 20, bilan rénal normal. n°538, 188, 480, 802, 901.

Les résultats sont :
5 accouchements normaux
5 enfants vivants.

1 mort-né de 900 g est à signaler, observation n°105, il s'agissait d'une hypertension artérielle importante récidivante chez une primipare de 31 ans. Accouchement d'un siège à 6 mois 1/4. Artériographie rénale normale.

Ponction biopsique du rein affirme que la malade est atteinte d'une néphropathie chronique globulaire.

d) Les toxémies gravidiques

4 observations :

n°819 : primipare de 26 ans. Accouchement spontané à terme d'un enfant vivant de 3.190 g. Bilan rénal normal.

n°541 : primipare de 19 ans. Hypertension artérielle + albumine + oedème. Forceps. Enfant vivant de 3.730 g. Bilan rénal considéré comme normal.

n°884 : primipare de 26 ans, toxémique et diabétique. Césarienne. Enfant vivant de 2.620 g.

n°465 : deuxième pare, toxémique de 28 ans. Césarienne. Enfant vivant de 2.920 g. Bilan rénal normal : artériographie normale, ponction biopsique rénale normale.

RESULTATS : 4 enfants vivants
0 mortalité maternelle.

g) Diabète

17 observations : n°94, 559, 642, 674, 726, 858, 884, 213, 546, 607, 648, 728, 800, 827, 850, 858, 884, 886, 891.

n°94 : primipare de 21 ans. Accouchement spontané à 7 mois, mort-macéré de 1.080 g.

n°213 : deuxième pare de 29 ans. Césarienne à 7 mois 3/4. Enfant vivant de 3.030 g décédé 48 heures après la naissance.

n°546 : deuxième pare de 30 ans. Césarienne à 7 mois. Enfant vivant de 2.970 g décédé 24 heures après la naissance. Stérilisation.

n°559 : primipare de 26 ans. Césarienne à 7 mois ½, enfant vivant de 2.560 g décédé 10 heures après la naissance.

n°607 : deuxième pare de 24 ans. Césarienne à la 33e semaine - enfant vivant de 2.810 g.

n°642 : primipare de 29 ans. Césarienne à 7 mois ½, enfant vivant de 2.560 g.

n°648 : troisième pare de 28 ans. Césarienne à 8 mois. Enfant vivant de 3.540 g décédé 48 h après la naissance.

n°674 : primipare de 23 ans ; 8 mois. Césarienne. Enfant vivant de 3.400 g.

n°726 : primipare de 22 ans. Césarienne à 7 mois 3/4 d'un enfant vivant de 4.000 g.

n°728 : treizième pare de 40 ans. Accouchement spontané à 8 mois ½. Enfant vivant de 3.780 g.

n°800 : sixième pare de 43 ans. Césarienne à 8 mois. Enfant vivant de 3.590 g décédé trois semaines après la naissance, d'une régurgitation.

n°827 : deuxième pare de 40 ans. Césarienne à 8 mois. Enfant vivant de 4 kg.

n°850 : troisième pare de 30 ans. Accouchement spontané à 8 mois d'un enfant vivant de 4.670 g.

n°858 : primipare de 30 ans. Césarienne à 7 mois 1/2 d'un enfant vivant de 2.100 g.

n°884 : primipare de 26 ans. Césarienne à 7 mois ½ d'un enfant vivant de 2.600 g.

n°886 : primipare de 34 ans, déclenchement d'un siège, enfant de 2.930 g; mort macéré.

n°891 : troisième pare de 34 ans. Césarienne à 7 mois. Enfant vivant de 3.130 g.

RESULTATS :

Mortalité infantile :
17 observations
7 morts
10 enfants vivants.

Mortalité maternelle nulle.
Interventions : 12 césariennes.

Le pourcentage des césariennes est faussé par le recrutement de la maternité de l'Hôtel-Dieu qui est en liaison avec les services de diabétologie et de néphrologie de l'Hôtel-Dieu.

h) Affections hépatiques

n°866 : sixième pare de 41 ans, accouchement à 8 mois 1/4 d'un mort-né macéré de 2.550 g. Pancréatite aiguë.

i) Affections sanguines

n°818 : quatrième pare de 32 ans. Accouchement spontané d'un enfant de 2.950 g. Elle avait présenté au 5e mois de la grossesse une pyélonéphrite et un ictère hémolytique. Splénectomie envisagée en raison d'une anémie intense.

k) Affections diverses :

Toxoplasmose : 3 observations : n°65, 181 (primipare et 367).

Aucun enfant mort.

Rickettsiose :

n°734 : primipare de 30 ans, ayant subi une plastie utérine. Accouchement à terme d'un enfant mort et macéré de 2.500 g.
Rickettsiose +

Listériose : = 0

Système nerveux : observation n°875. Il s'agissait d'une neuvième pare à antécédents récents de méningite tuberculeuse qui a accouché spontanément d'un enfant vivant et sain.

Appendicite : 1 observation.

-:-

LES COMPLICATIONS DE LA PARTURITION

-:-

CHAPITRE V -

I. Rupture prématurée des membranes : 8 cas

Observations n°74, 190, 282, 596, 476, 523, 641, 811.

Résultats : 8 observations = 8 enfants vivants.

Nous tenons à signaler que les femmes présentant une rupture prématurée des membranes sont systématiquement mises au traitement antibiotique avec contrôle fréquent de la température.

II. Anomalies de la dilatation

Grâce à la large utilisation de perfusions oxytociques et d'antispasmodiques, nous avons observé peu d'anomalies irréductibles de dilatation entraînant la césarisation.

Sur les 190 naissances nous avons eu :

109 accouchements avec perfusion chez la primipare
18 accouchements avec perfusion chez la deuxième pare
18 accouchements avec perfusion chez la multipare.

AU TOTAL : 145 accouchements avec perfusions.

Quatre observations entraînant la césarisation pour non engagement malgré la perfusion :

n°306 : bassin entièrement explorable.

n°337 : terme dépassé (signes de post partum) disposition foeto pelvienne, non engagement.

n°876 : dilatation stationnaire, pas d'engagement malgré la perfusion.

n°439 : non engagement avec perfusion.

III. Les procidences

Trois observations : n°720, 325, 345.

n°720 : primipare de 20 ans. Procidence du cordon avec liquide purée de pois conservation des bruits du coeur.
Césarienne : enfant impossible à réanimer, pesant 3.500 g mort.

n°325 : deuxième pare de 37 ans. Procidence du cordon et hémorragies en cours de césarienne. Travail : enfant vivant de 3.170 g.

n°345 : deuxième pare de 31 ans. Procidence du cordon. Césarienne, enfant vivant.

RESULTATS :

3 césariennes : 2 enfants vivants
1 enfant mort.

IV. Les viciations pelviennes

6 cas. Observations n°306, 580, 752, 29, 287, 878.

n°29 : deuxième pare. Bassin généralement rétréci. Césarienne, enfant de 2.740 g.

n°287 : troisième pare. Bassin transversalement rétréci. Césarienne itérative, enfant de 3.800 g.

n°306 : primipare. Bassin généralement rétréci. Césarienne 3.558 g.

n°580 : primipare. Bassin généralement rétréci. Césarienne, 3.640 g.

n°382 : cinquième pare. Bassin généralement rétréci. Césarienne itérative, enfant de 4.440 g.

n°752 : primipare. Bassin juxta minor. Césarienne, enfant de 2.790 g.

n°878 : quatrième pare. Fractures multiples après un accident. Césarienne, enfant de 2.680 g.

RESULTATS :

7 observations
7 césariennes
7 enfants vivants
0 mortalité maternelle.

V. Infection amniotique

Aucune observation.

VI. Les déchirures importantes du périnée

Peu de déchirures ont été observées :
5 déchirures périnéales
1 déchirure vaginale.

Nous pratiquons un nombre important d'épisiotomies :

141 chez la primipare
20 chez la deuxième pare
13 chez la multipare

AU TOTAL : 174 épisiotomies.

5 déchirures périnéales ont entrainé des réfections simples. Nous avons l'observation d'un périnée complet compliqué : n°488, chez une troisième pare de 30 ans, gros enfant de 4.010 g - dystocie des épaules - périnée complet compliqué refait suivant la technique de MUSSET-MOCQUOT.

-:-

COMPLICATIONS DE LA DELIVRANCE

-:-

CHAPITRE VI

I - 18 observations justiciables d'une délivrance artificielle ont été relevée pendant l'année 1965.

10 d'entre elles furent faites pour :

non décollement placentaire
et début d'hémorragie.

Observations n°136, 265, 268, 458, 472, 517, 579, 751, 761.

5 ont été faites systématiquement après application de forceps : observations n°231, 285, 456, 537, 728.

2 pour vérification de cicatrice après césarienne antérieure : observations 779, 902.

1 après l'accouchement d'un mort-né, observation n°783.

3 hémorragies de la délivrance.

n°378 : primipare. Accouchement naturel à terme, enfant de 3.030 g. Hémorragie de la délivrance entraînant la révision du col sous valves et une transfusion de 750 cc de sang. Suites normales.

n°522 : primipare de 30 ans, ayant subi une application de forceps Tarnier à la partie moyenne pour non progression de la présentation, extraction d'une fille. Délivrance naturelle paraissant complète, placenta à calcifications nombreuses. Hémorragie de la délivrance importante entraînant une révision utérine qui montre une cavité utérine et un segment inférieur intact. 2 litres de sang et de l'acide amino-copoïque n'enrayent pas l'hémorragie qui devient rapidement inversible imposant l'hystérectomie d'hémostase.

n°653 : accouchement à terme après une hémorragie brutale s'accompagnant d'une violente douleur. Enfant mort, non macéré, délivrance maternelle de 450 g. Placenta d'aspect normal sans cupule. Révision utérine systématique ramenant des fragments placentaires. Inertie utérine s'accompagnant d'une hémorragie par la fibrinémie qui cède grâce à d'importantes transfusions et de l'Iniprol.

RESULTAT :

Aucune mortalité maternelle.

-:-

LES INTERVENTIONS

-:-

CHAPITRE VII -

I. de la gestation

Avortements thérapeutiques = 2 observations

Le 1er cas est celui d'une femme de 41 ans myxoédémateuse ayant mis au monde 5 enfants myxoedémateux et enceinte de 2 mois. Avortement + stérilisation tubaire pratiquée.

Le 2e cas est celui d'une femme de 41 ans enceinte de 2 mois ½, atteinte d'une maladie de Hodgkin en évolution. Cobalthérapie pratiquée en début de grossesse sur l'épigastre.

Avortement + stérilisation tubaire pratiqués.

2. de l'accouchement

A - Les forceps

33 ont été pratiqués dans le service

32 chez la primipare
1 chez la deuxième pare.

26 forceps Tarnier dont :

17 à la partie moyenne de l'excavation
9 à la partie basse

6 forceps dont :

3 à la partie basse
2 à la partie moyenne

1 sur tête dernière après grande extraction.

1 forceps Pajot sur tête dernière au cours d'une présentation de siège chez une gémellaire.

RESULTATS :

33 forceps = 33 épisiotomies = 33 enfants vivants.

Les indications du forceps

22 furent faits pour défaut ou arrêt de la progression.

4 pour souffrance foetale
2 sur tête dernière au cours de présentation du siège
1 pour malformation : extrophie vésicale
1 pour cardiopathie
1 pour antécédents de myomectomie récente
2 de démonstration.

Sur les 33 forceps pratiqués dans le service :

7 furent suivis de délivrance artificielle
5 de révision utérine
1 d'hystérectomie pour hémorragie de la délivrance incoercible après application du forceps à la partie moyenne de l'excavation chez une primipare. Enfant vivant. Mortalité maternelle = 0.

B - Les versions

4 observations :

n°87 : primipare. Présentation du siège : grande extraction terminée par forceps sur tête dernière. Enfant vivant.

n°333 : troisième pare. Gémellaire. Version + grande extraction sur 2e jumeau en présentation du siège. Enfant vivant de 1.620 g.

n°725 : cinquième pare. Version et grande extraction sur présentation céphalique mobile à grande paume. Echec de l'extraction. Tentative d'embryotomie. Rupture utérine entraînant une hystérectomie. Enfant mort de 3.660 g.

n°735 : troisième pare. Présentation transverse. Version par manoeuvres externes qui échoue. Souffrance foetale imposant la césarienne. Enfant vivant.

RESULTATS :

4 observations :
3 enfants vivants
1 enfant mort.

C - EMBRYOTOMIE

1 cas : observation n°725.

Chez une cinquième pare de 28 ans. Echec de version et grande extraction pour présentation céphalique mobile. Tentative d'embryotomie par décollation qui échoue. Rupture utérine entraînant une hystérectomie. Enfant mort. Suites opératoires sans complication .

D - Aucune incision du col n'a été pratiquée au cours de l'année 1965.

Les césariennes :

55 ont été pratiquées dans le service .

33 conservatrices
2 suivies d'hystérectomie.

Indications

13 pour diabète : observations n°213, 546, 559, 607, 642, 648, 674, 726, 800, 827, 858, 884, 891.

5 pour bassins : rétréci chez une femme porteuse d'une synéchie, opérée et cerclée (observation 15).

- bassin généralement rétréci n°29
  " " " n°580
- bassin juxta minor n°752
- bassin très touché après fractures multiples n°878.

6 pour présentation :
- transverse n°7
- transverse n°220
- transverse et rupture des membranes en début de travail n°410.
- face après échec de l'épreuve du travail n°437
- siège complet et rupture des membranes, existence d'une malformation utérine n°493.
- transverse après échec de version par manoeuvres externes n°735.

6 itératives : n°303, 340, 582.
+ stérilisation tubaire : 442, 452, 647.

5 pour affections rénales : Néphrite chronique n°267.

Hypertension artérielle 22/14.
Albuminurie +++ n°465.
Néphrose lipoïdique et syndrome hypertensif n°646.
Syndrome néphrotique avec insuffisance réna-

le n°598.
Non engagement chez une hypertendue n°838.

5 pour échec de l'épreuve du travail : n°439, 337, 306, 811, 876.

2 pour modification des bruits du coeur : n°74, 380.

3 pour procidence de cordon : n°345
- dans un siège complet avec un placenta bas n°325.
enfant mort n°721.

2 pour souffrance foetale : n°689, 695.

2 pour malformations utérines : n°547
Extrophie vésicale n°680.

1 pour placenta praevia très hémorragique, n°821.

1 chez une primipare âgée, pour stérilité secondaire, au terme de 7 mois ½, n°302.

1 pour antécédents de périnée complet compliqué.

1 pour association d'un myome, enfant en présentation du siège, n°75.

2 césariennes furent suivies d'hystérectomie.

Dans les deux cas, il s'agissait de présentation transverse et d'obstacle praevia. Observation n°44 et 314.

RESULTATS :

55 césariennes :
46 enfants vivants
9 enfants morts dont 8 après la naissance, issus de mères diabétiques.

1 enfant mort au cours d'une procidence du cordon.
0 mortalité maternelle.

Hystérectomie : une observation n°725.

Il s'agissait d'une cinquième pare de 28 ans après échec de tentative de version et grande extraction par manoeuvres internes, a dû subir une hystérectomie pour rétention de tête dernière irréductible et rupture utérine transpéritonéale avec hématome gauche remontant jusqu'au détroit supérieur. Enfant mort, de 3.660 g.

Opérations diverses pendant la gestation

Nous avons une observation d'appendicectomie au cours d'une césarienne pour diabète chez une deuxième pare, un petit myome de la face antérieure de l'utérus fut enlevé dans le même temps.

III - Opérations de la délivrance

103 révisions utérines ont été faites dans le Service :

30 pour délivrance naturelle incomplète
16 pour délivrance douteuse
2 après expulsion d'anencéphales
19 après accouchement de foetus morts et macérés
6 après accouchement prématuré pour vérification de la cavité :
10 systématiques pour vérification de cicatrice de césarienne
2 systématiques pour vérification de cicatrice après myomectomie
4 systématiques pour malformation utérine
7 pour début d'hémorragie et inertie utérine
2 pour choc hémorragique

4 de contrôle après forceps et accouchement à domicile
1 après hématome rétro-placentaire.

°°°

CHAPITRE IX -

Pathologie des suites de couches

Nous avons observé un abcès de l'ovaire. Il s'agit d'une troisième pare de 26 ans qui a accouché normalement à terme, d'une fille de 3.530 g.

Légère endométrite qui cède sous glace et Pénicilline. Bonne involution utérine. Examen normal à la sortie du Service.

23 jours après son accouchement, elle entre en urgence dans le Service pour :
- température à 40°5
- métrorragies.

A l'examen l'abdomen est souple, sauf dans la région hypogastrique et la fosse iliaque gauche, où l'on perçoit au simple palper une masse douloureuse.

Le toucher vaginal combina au palper montre :
- un col entr'ouvert
- un utérus légèrement dévié à droite, peu douloureux à la mobilisation, à gauche une volumineuse masse douloureuse de la taille d'un petit melon collée contre l'utérus mais paraissant indépendante de lui. Pyosalpinx ou abcès de l'ovaire ?

A l'intervention on trouve : une volumineuse tuméfaction de la taille d'un pamplemousse développée au dépens de l'ovaire gauche. L'utérus est de volume normal, l'annexe droite est saine. On pratique une hystérectomie avec conservation de l'annexe droite et ablation à gauche de multiples fragments purulents. La poche de pus oblige au drainage à la Mickuliez. Bonnes suites opératoires, sous antibiotiques.

CONCLUSION HISTOLOGIQUE :

Importantes lésions veineuses du myomètre de type inflammatoire. Endométrite ou rétention placentaire probable.

Abcès ovarien sans caractère de spécificité.

Observation n°182 : chez une primipare de 21 ans, ne parlant pas français, accouchement à terme d'un enfant de 2.890 g. Apparition au 8e. jour des suites de couches d'une température oscillante autour de 38° avec des lochies fétides. La malade sort après retour à la normale de la température. Trois semaines après son accouchement, elle est réhospitalisée pour adénopathies cervicales bilatérales. Il s'agissait de ganglions tuberculeux. La malade est donc traitée par Rimifon et P.A.S (la biopsie d'endomètre avec culture est négative).

° ° °

CHAPITRE X -

Mortalité maternelle

Quatrième pare de 36 ans, enceinte de 5 mois ½, porteuse d'un rétrécissement mitral mal toléré. Expulsion de deux foetus de sexe féminin de 850 g et 780 g présentant quelques battements cardiaques.

Délivrance naturelle et complète.

A l'examen du placenta 2 masses séparées par un pont membraneux et 4 membranes de séparation.

- Grossesse bichoriale bi-amniotique.

Décédée 8 jours après l'accouchement - asystolie irréductible.

Vérification à l'autopsie. A l'ouverture du thorax, épanchement pleural bilatéral d'un liquide citrin clair :

1.000 cc à gauche
500 cc à droite.

Coeur de volume normal, 4 cavités normales. L'oreillette gauche étant seulement un peu dilatée de la taille d'une mandarine.

Orifices tricuspide, aortique, pulmonaire normaux. Orifice mitral altéré, en entonnoir par soudure des cordages jusqu'au sommet des deux piliers.

Remaniement important de l'appareil sous valvulaire.

A la partie moyenne de cet entonnoir mitral, il existe des formations molles, jaunâtres friables paraissant végétantes qui ferment de façon presque complète cet enton-

noir.

Il doit s'agir de végétations ostériennes mais aussi de lésions de rhumatisme cardiaque évolutif.

°°°

CHAPITRE XI -

Le nouveau-né

1. 14 accouchements d'enfants mort-nés et macérés.

Il s'agissait dans :

n°4 : quatrième pare à terme dépassé d'une semaine, enfant mort-né, macéré de 2.660 g.
Antécédents : albumine + glycémie à 1,35.

n°17 : deuxième pare à terme, enfant mort-né de 3.580 g.
Antécédents hypertension artérielle + souffrance foetale.

n°20 : primipare - 6 mois ½, siège, enfant de 650 g mort-né et macéré.
Antécédents = 0.

n°34 : primipare de 7 mois, enfant de 1.040 g mort et macéré.
Antécédents = diabétique.

n°105 : primipare - 6 mois 1/4, siège, mort-né de 900 g.
Antécédents - hypertension artérielle récidivante.

n°120 : quatrième pare, 8 mois 3/4, mort-né de 2.230 g.
Antécédents : hématome rétro-placentaire.

n°245 : cinquième pare, siège à terme, mort-né. Antécédents = 0.

n°358 : sixième pare à 7 mois, mort-né, macéré de 400 g. Antécédents = 0.

n°406 : primipare suivie pour stérilité. 7 mois. Siège, mort-né de 880 g. Antécédents : Rh moins : agglutininémies irrégulières + à 1/4 du 7e mois de la grossesse.

n°653 : cinquième pare à terme d'un enfant mort de 3.560 g. Antécédents : hématome rétro-placentaire.

n°666 : primipare à 7 mois ½, mort-né de 1.600 g. Antécédents : hématome rétro-placentaire + toxémie.

n°734 : primipare à terme dépassé d'une semaine, mort-né et macéré. Antécédents : plastie et toxoplasmose +.

n°866 : sixième pare à 8 mois 1/4, mort-né, macéré de 2.500 g. Antécédents : pancréatite aiguë.

n°909 : deuxième pare à terme, mort-né de 4.080 g. Antécédents = 0.

BILAN de Virginie HAPGAR :

Comporte l'appréciation de 5 éléments :

- l'état du rythme cardiaque
- celui de la respiration
- tonus musculaire
- coloration des téguments et du visage
- qualité des réponses à certaines excitations.

La cotation de chacun de ces éléments de 0 à 2 permet d'obtenir un score qui variera de 10 à 0 et permettra ainsi le classement des sujets en plusieurs groupes dont chacun doit correspondre à des degrés variables de détresse respiratoire.

- Les notes de 10 à 7 correspondent à des enfants qui peuvent être considérés comme étant en bon état et pour lesquels aucune réanimation ne sera en général nécessaire.

- de 7 à 5, il s'agit en général de nouveau-nés déprimés et dont l'état est celui des enfants dits "étonnés" ; celui-ci nécessite en général une réanimation mais qui peut être réalisée avec de petits moyens.

- les notes de 4 à 3 correspondent à des états intermédiaires entre celui de l'enfant "étonné" et celui de "mort apparente".

Evaluation de l'état du nouveau-né

On procède 60 secondes après la naissance de l'enfant (sans tenir compte de l'état du cordon et du placenta) à l'évaluation de cinq signes subjectifs suivants et on leur donne la note 0, 1 ou 2.

La note 10 pour le total constitue le témoin de l'état normal.

Les 1, 2 et 0 correspondent à l'état de "mort apparente". Elles impliquent la mise en oeuvre rapide d'une réanimation.

Les malformations foetales

Nous avons observé deux anencéphales.

Observation n°139 : autopsie - malformation

Signes	0	1	2
Rythme cardiaque	absent	lent (au-dessous de 100)	plus de 100
Respiration	absente	lente et irrégulière	bonne cri
Tonus musculaire	hypotonie	légère flexion des extrémités	mouvement actif
Couleur	pâle ou bleue	corps rose extrémités bleutées	totalement rose
Réponse aux excitations	absente	cri	cri vigoureux

du pôle rénal très importante. Malformation de l'encéphale. Atrophie et surrénalienne.

Trois malformations cardiaques

Observation n°648 : mère diabétique, enfant décédé 30 heures après la naissance d'une grosse malformation cardiaque.
Vérification d'autopsie : très large communication inter-auriculaire. Hypertrophie ventriculaire droite. Pas de sténose aortique mais petite sorte, calibre de l'artère pulmonaire normal.

Observation n°546 : mère diabétique
Vérification d'autopsie : anomalies cardiaques qui ne sont pas incompatibles avec

la survie mais aggravées du fait du diabète maternel.

Observation n°213 : mère diabétique, enfant décédé 48 heures après la naissance.
Vérification d'autopsie : dextro position de l'aorte. Communication interventriculaire, petite oreillette gauche. Large communication inter-auriculaire.

1 observation de SPINA BIFIDA

Observation n°411 : primipare, accouchement à 7 mois ½ d'un enfant vivant, décédé 24 heures après la naissance, d'une spino bifide.

I - Les traumatismes du nouveau-né

10 fractures de la clavicule droite ont été observées :
Observations n°24, 290, 309, 322, 336, 398, 679, 910, 807.

5 fractures de la clavicule gauche
Observations n°72, 288, 352, 586, 697.

Au total : 15 fractures.

Les céphalématomes

9 observations dont :
4 céphalématomes pariétal gauche
3 céphalématomes pariétal droit
2 céphalématomes bilatéraux.

II - Les hémorragies méningées

Cinq observations :

N°127 : enfant réanimé pendant 40 minutes présentant des troubles du tonus, une hy-

potonie persistante. Diagnostic d'hémorragie méningée. Coefficient 4/10.

n°381 : coefficient 3/10, après quatorze minutes de la réanimation. Coefficient 8/10. Hémorragie cérébro méningée.

n°659 : Accouchement prématuré à 6 mois ½, enfant pesant 1.090 g, décédé dans les 48 heures qui suivirent l'hémorragie cérébro-méningée.

n°688 : hémorragie cérébro-méningée, mère RH moins, décédée.
Deux oedèmes cérébro-méningés dans lesquels deux fois le germe 111 B4 est isolé.

III - Syndromes infectieux

Cinq observations

- une adénopathie rétro-maxillaire à staphylocoque doré.
- un abcès du cuir chevelu à staphylocoque
- trois infections à 111 B4 avec deux oedèmes cérébro-méningés.

IV - Les affections diverses

- 1 hernie ombilicale (obs. n°5)
- 1 hernie scrotale (obs. n°440)
- 3 hydrocèles vaginales (obs. n°2, 269, 573).

n°182 : enfant à coefficient 10/10 qui 12 jours après la naissance présente une hémorragie de sang rouge non digéré par l'anus. Il existe une masse inguinale et sus pubienne assez dure. On note une atteinte de l'état général rapide avec des vomissements très importants. L'enfant est transporté en

service de chirurgie avec un diagnostic pré-opératoire de volvulus. Il s'agissait d'une hernie inguinale étranglée.

n°203 : il s'agit d'un enfant qui a présenté dans les 24 heures qui ont suivi la naissance un syndrome hémorragique brutal. Céphalématome, hématome de l'épaule.

L'étude de la coagulation montre qu'il s'agit d'une hyperconvertinémie congénitale
. hyperbilirubinémie et anémie
. ictère moyennement intense.

Deux petites transfusions de 300 cc sont faites : amélioration de l'état général. L'enfant est alors dirigé dans un service de chirurgie pour une tuméfaction inguino-scrotale ; il s'agissait d'un kyste du cordon précédé d'un volumineux hématome.

V - Les anoxies et détresse respiratoires

n°294 : coefficient H 6/10. L'enfant naît "étonné". Aucun mouvement respiratoire - micorène - 5 minutes après la naissance, coefficient 10/10. L'accouchement avait été rapide.

n°371 : coefficient 3/10. 15 minutes après réanimation 7/10. Accouchement normal.

VI - Les anomalies et accidents cardiaques

Trois observations :

- Dans la première, l'enfant présente à la naissance un important souffle systolique.

- Dans la deuxième, coefficient 9/10 à la naissance, mais l'enfant présente une cyanose importante et persistante. La radio mon-

tre un coeur volumineux. Persistance du trou Botal, communication inter-auriculaire possible.

- Dans la dernière observation, il s'agit d'une défaillance cardiaque au cours d'un syndrome infectieux grave avec chute de poids importante et altération de l'état général. Sous traitement, amélioration de l'état du nouveau-né.

VII - Les ictères physiologiques

Douze observations.

VIII - Les incompatibilités sanguines

1) 37 observations de mères à groupe sanguin O Rh moins, 37 enfants à coefficient 9/10 et 10/10. Dans tous les cas la recherche des agglutinines irrégulières s'était avérée NEGATIVE, et le test de Coombs était aussi NEGATIF.

2) 32 observations de mères à groupe sanguin A Ph moins 32 enfants normaux, coefficient 10/10. Dans tous les cas la recherche des agglutinines irrégulières était NEGATIVE, le test de Coombs NEGATIF.

3) 9 observations de femmes à groupe sanguin B Rh moins 9 enfants normaux, coefficient 10/10. Dans tous les cas la recherche des agglutinines irrégulières était NEGATIVE, test de Coombs NEGATIF.

8 observations d'enfants ayant présenté des ictères :

n°804 : mère O Rh moins, test de Coombs NEGATIF. Ictère précoce régressant dans les jours suivants.

n°572 : mère AB Rh moins, recherche d'agglutinines irrégulières NEGATIVE, test de Coombs NEGATIF. Ictère important régressant dans les jours suivants.

n°247 : Ictère 48 heures après la naissance avec un taux de bilirubine à 144 mg. Régression spontanée.
Mère A Rh +, enfant B Rh +.

n°451 : ictère léger régressant spontanément O Rh moins.

n°526 : incompatibilité AO. ICtère immédiat régressant spontanément au 7e jour.

n°752 : enfant ictérique. Mère A Rh plus. Recherche d'agglutinines irrégulières NEGATIVE. Test Coombs NEGATIF. Taux de bilirubine 122 mg. diminuant peu à peu, lésion sub-linguale de l'enfant.

n°779 : mère O Rh plus ayant dans ses antécédents deux ictères graves aux deux accouchements précédents. Enfant A Rh plus ictérique.
Bilirubine à 114 mg. Régression spontanée.

n°806 : ictère chez un enfant B Rh plus, mère O Rh plus. Recherche d'agglutinines irrégulières = O, Coombs NEGATIF.

1 seule observation d'exsanguino-transfusion :

n°719 : iso-immunisation O A.
Primipare, groupe sanguin O Rh plus
Présence d'hémolysine anti A, anti B.
Recherche des agglutinines irrégulières=O
Test de Coombs = NEGATIF. Enfant très ictérique.
Hépatomégalie et splénomégalie, taux de

bilirubine 202 mg.
Exsanguino-transfusion, suites immédiates bonnes.

Nous avons observé :

1 ictère par hépatite virale.

Dans les causes de décès d'enfant dans les suites immédiates de la naissance :

- deux fois nous trouvons des causes méningées :

n°107 : deuxième pare de 19 ans. Accouchement prématuré à 7 mois ½ normal. L'enfant meurt 6 heures après la naissance.
Oedème cérébro-méningé.

n°559 : mère diabétique.
Hémorragie méningée.

- deux fois nous trouvons une anoxie foetale prolongée : n° 909 - 666.

Une observation de post-mature.

. Primipare de 18 ans.
. D.R. : 3 mai 1964.
. Grossesse à terme le 17 février 1965.
. Ponction amniotique faite (9 mois + 18 jours) = liquide clair. Décision d'attendre.

Suivie régulièrement :

Le 6.4.1965 = 10 mois ½. Contraction de faible intensité. Epreuve du travail sans résultat. Césarienne pour disproportion foeto-pelvienne.

Oligoamnios.
Extraction d'un enfant de sexe masculin, mesurant 56 cm, pesant 4.200 g, présentant

des signes de post-maturité.
desquamation
ongles longs.

Coefficient 2/10.

Après désobstruction 7/10. Cri 5' après la naissance. Retard psycho-moteur très important.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

A la fin de ce travail nous tenons à rappeler certains points déjà soulignés.

L'activité moindre en cette année 1965 de la Maternité en raison de la fermeture du Service pendant deux mois et demi.

D'autre part l'activité du Service de gynécologie a probablement influencé également la constatation d'accouchements chez des femmes antérieurement opérées de synéchies utérines.

Enfin le pourcentage même des césariennes pratiquées pour diabète est également faussé en raison de la permanente liaison de la maternité avec les services de diabétologie et néphrologie de l'Hôtel-Dieu.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : M. LACOMME

Vu :
Le Doyen :
Signé : G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-